یوسفی، ناصر؛ کریمی‌پور، بنت الهدا (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و زوج درمانی مبتنی بر خود نظم بخشی بر راهبردهای مقابله‌ای و خودکنترلی زوجین.
پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۸(۱)، ۷۲-۵۲.
DOI: 10.22067/ijap.v8i1.62302

مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و زوج درمانی مبتنی بر خود نظم بخشی بر راهبردهای مقابله‌ای و خودکنترلی زوجین

ناصر یوسفی[1]، بنت الهدا کریمی پور[2]

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۱/۱۳ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۲۴

چکیده

هدف: بررسی و مقایسه اثربخشی دو روش درمان فراشناخت و زوج درمانی مبتنی بر خود نظم بخشی بر راهبردهای مقابله‌ای و خودکنترلی زوجین.

روش: این پژوهش با روش شبه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل انجام شد. نمونه شامل ۶۰ نفر از زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر خرم‌آباد بود. برای گروه آزمایش اول آموزش مبتنی بر روش خود نظم بخشی و برای گروه آزمایش دوم آموزش مبتنی بر درمان فراشناخت اجرا شد. شرکت‌کنندگان پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن(CSQ) و پرسشنامه خود کنترلی تانجی را درسه مرحله تکمیل نمودند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد هر دو روش زوج درمانی مبتنی بر خود نظم بخشی و درمان فراشناخت بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای و خودکنترلی زوجین به طور معناداری اثربخش بودند. روش خودنظم بخشی تأثیر بیشتر و ماندگارتری بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای زوجین داشت و رویکرد فراشناخت بر کنترل موثر زوجین و آموزش خود کنترلی موثرتر بوده است. همچنین تغییرات ایجاد شده در پیگیری یک ماهه نیز ماندگار بود. بنابراین با آموزش روش فراشناخت و خودنظم بخشی می‌توان راهبردهای مقابله‌ای زوجین را بهبود بخشید و در ارتقاء سازوکارهای تعدیل رفتار در بین زوجین تأثیر گذار بود به صورتی که این زوجین در زمینه خودکنترلی و راهکارهای مقابله‌ای توانمند گردند.

واژه های کلیدی: راهبرد مقابله‌ای، کنترل، خود نظم بخشی، فراشناخت.

۱. دانشیار دانشگاه کردستان، (نویسنده مسئول)، naseryoosefi@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه کردستان، karimi.moshavere66@gmail.com

مقدمه

خودکنترلی یکی از نشانه‌های رضایتمندی زناشویی و یکی از ابعاد کارایی و عملکرد مطلوب خانواده است. خودکنترلی غلبه منطق، شناخت و برنامه ریزی درونی در فرد است زمانی که تعارض و تنش در روابط بروز می‌نماید (Huang, 2006). تحقیقات مختلف نشان داده‌اند خودکنترلی روشی موثر برای سلامت ذهنی و روانی است و داشتن مشکل در تنظیم هیجانات با گستره‌ای از مشکلات روان شناختی در ارتباط است (Mahbobi, Solimani & Hossini, 2015). در رویکردهای نوین، علت اختلالات هیجانی به نقص در کنترل شناختی و هیجانی نسبت داده می‌شود، به طوری که ناتوانی در کنترل هیجانات منفی ناشی از وجود افکار و باورهای منفی، به استفاده از شیوه‌های ناکارامد مقابله‌ای منجر می‌شود (Tsaousis & Nikolaou, 2005). کاربرد مقابله ناکارامد در طولانی مدت، طیف وسیعی از استرس پایدار و بی نظمی هیجانی را به بار می‌آورد که این آشفتگی در حوزه‌های جسمانی، اجتماعی و کل زندگی نمود پیدا کرده و فرد را از کیفیت زندگی مناسب جهت رشد و بالندگی به دور می‌سازد (Nedaei, Paghoosh & Sadeghi-Hosnijeh, 2017). راهبردهای مقابله‌ای[1] عبارت از روش‌های مدیریت موقعیت‌ها و مقابله با رویدادهای زندگی است (Carr, 2004). لازاروس و فولکمن (Lazarus & Folkman, 1991) راهبردهای مقابله‌ای را روش تغییر موقعیت‌ها و یا تفسیر موقعیت‌ها می‌دانند. به نظر آن‌ها، این راهبردها فرایند مداوم و پویا هستند و به طور کلی به دو نوع تقسیم می‌شوند: مسأله مدار[2] و هیجان مدار[3]. راهبردهای مقابله‌ای مسأله مدار بیانگر اعمالی هستند که هدفشان تغییر یا کاهش موقعیت‌های فشارزا است. معمولاً زمانی که موقعیت یا رویداد، قابل تغییر باشد و یا فرد چنین تصور کند که می‌تواند موقعیت را کنترل کرده و آن را تغییر دهد، از راهبرد مسأله مدار استفاده می‌کند. رهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار عبارت است از تنظیم پاسخ هیجانی فرد در برابر مسأله. در صورتی که موقعیت یا رویداد، غیر قابل تغییر باشد ویا فرد چنین تصوری داشته باشد در این حالت از راهبرد هیجان مدار استفاده می‌نماید (Bond & Dryden, 2005).

امروزه تنیدگی و تعارض در روابط زوجین به بخش مهم و اجتناب ناپذیر زندگی تبدیل شده است. بررسی زمینه‌های تنیدگی در روابط بر این نکته تأکید دارد که آنچه سلامت روابط را با خطر روبه رو می‌سازد، شیوه‌های ارزیابی زوجین از تنیدگی و روش‌های مقابله و مدیریت تعارض و توانایی زوجین در کنترل به موقع هیجان، افکار و رفتار است (Nickel & Egle, 2006). یکی از رویکردهای موثر در تغییر

1 .Coping strategies
2 .Problem - focused
3 .Emotion - focused

شناخت و نحوه ارزیابی زوجین نسبت به همدیگر رویکرد فراشناختی[1] (MCT) است که دلیل آسیب پذیری به اختلال‌های هیجانی را الگوی توجه معطوف به خود افراطی، فعال شدن باورهای غیر منطقی ناسازگارانه و فرایندهای بازتابی خاص می‌داند (Wells & Cartwright-Hatton, 2004). فراشناخت در بر گیرنده دانش، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، بر آن نظارت و یا آن را کنترل می کند (Wells, 2009). این روش بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آنها به الگوی خاصی از پاسخدهی به تجربه‌های درونی، منجر می‌شوند که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود. این الگو نشانگان شناختی توجه خوانده می‌شود که شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت شده و راهبردهای خودتنظیمی و یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه می‌شود (Wells, 2009). هدف تغییر باورهای فراشناختی در راستای تغییر ارزیابی‌ها و باورهای منفی زوجین در مورد نگرانی‌ها است که در نهایت زوجین به این آگاهی دست می‌یابند که تفکر و هیجان‌های آنها قابل کنترل است (Ridder & Wit, 2006). نتایج پژوهش غفاری و همکاران (Ghaffari, Mohammadkhani, Pourshahbaz, Dolatshahi & Mohammadi, 2014) نشان داد که درمان فراشناختی اثرمعنی‌داری در کاهش افکار اضطرابی و بهبود راهبردهای خودکنترلی دارد. ولز و کارتر (Wells & Carter, 2002) در پژوهشی با عنوان نقش باورهای فراشناختی در کاهش نگرانی و خودکنترلی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر نشان داد، باورهای فراشناختی با کاهش باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری باعث کاهش اختلالات اضطراب فراگیر در مبتلایان می‌شود. همچنین درمان فراشناخت در پژوهش‌های مختلفی در بهبودی نشانه‌های اجتناب از خاطرات و رویدادهای ناخوشایند مفید بوده است (Wells & Sambi, 2004؛ Wells & Celber, 2012) برای مثال ولز و همکاران (wells & etal, 2012) در پژوهشی نشان دادند که در افراد با نشانه‌های افسردگی درمان فراشناختی باعث کاهش افکار منفی و نشانه‌های افسردگی می‌شود.

از طرفی برای ارتقاء سازگاری زناشویی در زوجین رویکردهای درمانی متعددی طرحریزی شده‌اند که از آن میان می‌توان به رویکرد زوج درمانی مبتنی بر خودنظم بخشی اشاره کرد. رویکرد میتنی بر خودنظم بخشی نوعی روان درمانی است که برای بهبود تعارض‌های تعاملی ناشی از ابعاد مختلف اجتماعی، هیجانی، اقتصادی، و... به وجود آمده است. با استفاده از فرایند تغییر در مداخله خودنظم بخشی هر یک از همسران تشویق می‌شوند که اهدافی را برای تغییر انتخاب کنند تا با دست‌یابی به آن‌ها، بر مشکل غلبه کنند و در نهایت آن اهداف را تحقق بخشند (Halford, 2001).

---

1. Meta Cognition Therapy

هدف اصلی در زوج درمانی خودنظم بخشی این است که سبک ارزیابی زوجین از همسر و رابطه- شان را تغییر داده به نحوی که رفتارهای مثبت مورد توجه و ارزش قرار گیرند (Halford, 2001). از نقطه نظر خودنظم بخشی، مداخله موثر عبارت است از فرایندی که از طریق آن، زوجین مهارت‌هایی را برای تعدیل رفتارشان فراگیرند (Wilson, Chaiker, Lizzio, Halford, Kimlin, 2005). سودانی، دهقان و محرابی زاده هنرمند (Soudani, Dehghan & Mehrabi Zade Honarmand, 2011)، جانباز، فریدونی، تبریزی، نوابی نژاد (Janbaz Fereydouni, Tabrizi, Navabnejad, 2009)، منصوری (Mansouri, 2014)، چایکر (Caiker, 2003)، هالفورد، ساندرز و بهرنز (Halford, Sanders & Behrens, 2001) در پژوهش خود دریافتند که زوج درمانی مبتنی بر خود نظم بخشی قادر است میزان سازگاری زناشویی و همچنین مهارت‌های ارتباطی زوجین آشفته را به میزان محسوسی افزایش دهد. در پژوهش کارگر و همکاران (Karegar, Kimiai & Mashhadi, 2015) نتایج نشان داد زوج درمانی مبتنی بر خودنظم بخشی باعث کاهش آزار عاطفی در بین زوجین می‌شود و این رویکرد آشفتگی زناشویی را در بین آن‌ها به طور معناداری کاهش می‌دهد. دو رویکرد درمانی بکار برده شده در این پژوهش از نظر بنیان نظری مشابه بوده و هر دو پس از آغاز موج سوم درمان رفتاری- شناختی از سال ۱۹۹۰ به بعد به عنوان توسعه و شاخه‌ای جدید از شناخت درمانی به وجود آمده اند. لیکن سازوکار اجرائی و فنون بکار برده شده در این رویکردها متفاوت است. خودنظم بخشی به ظرفیت فرد برای تعدیل رفتارها بر اساس شرایط و تغییرات محیط درونی و بیرونی اطلاق می‌شود و به زوج‌های آشفته کمک می‌کند مهارت‌ها و توانایی‌های بیشتری را برای تغییر الگوهای مشکل ساز رفتاری، شناختی و عاطفی به دست آورند و از این طریق روابط خود را تقویت کنند (Halford, 2001). اما رویکرد فراشناخت نشخوار فکری و باورهای غیر منطقی زوجین را هدف قرار داده و از طریق آموزش توجه به زوجین کمک می‌کند تا فرایند نشخوار فکری را قطع کنند و باورهای خود را به چالش بکشند.

از آنجایی که داشتن خودکنترلی در سطوح مختلف هیجانی، فکری و رفتاری در جامعه امروز برای سلامت ذهن و روان خصوصاً در روابط زوجی نقش کلیدی دارد و داشتن مشکل در تنظیم هیجان و رفتار با گستره‌ای از مشکلات روانشناختی ارتباط دارد، آموزش در این حیطه می‌تواند زوجین را به این ابزارهای مهم کنترلی و مقابله‌ای تجهیز نماید و نقشی پیشگیرانه در بروز آسیب‌های اجتماعی مانند طلاق داشته باشد. هدف از مقایسه درمان فراشناختی و درمان خودنظم بخشی به پایه‌های نظری دو روش برمی‌گردد. با توجه به اشتراک‌هایی که بنیان‌های نظری دو درمان دارند بر آن شدیم تا ضمن بررسی تأثیر دو درمان بر راهبردهای

مقابله‌ای و خودکنترلی، کارائی بیشتر و قوی‌تر آنها را بر هر کدام از متغیرهای پژوهش به صورت جداگانه آزمون کرده و در صورت تفاوت در این زمینه به تبیین آن پرداخته و تأثیر مکانیزم‌های کلیدی موجود در هر کدام از روش‌ها را بر نحوه استفاده زوجین از راهبردهای مقابله‌ای و شیوه‌های خودکنترلی آن‌ها مشخص کنیم. همچنین دلیل دیگر در مورد انتخاب این دو روش درمانی به مرور پژوهش‌های پیشین بر می‌گردد چرا که در رابطه با سنجش اثربخشی درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر خودنظم بخشی بر راهبردهای مقابله‌ای و خودکنترلی زوجین مطالعه منسجمی صورت نگرفته است.

روش

پژوهش حاضر از لحاظ روش شبه آزمایشی بود که با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری انجام شد. جامعه آماری این پژوهش مشتمل بر کلیه زوجین دارای مشکلات ارتباطی و ناسازگار مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان درمانی سطح شهر خرم آباد بودند. نمونه تحقیق به شیوه در دسترس از بین زوج‌های مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر خرم آباد انتخاب شد که ابتدا در طول ۳ ماه لیستی از ۷۰ زوج متمایل مشارکت تهیه شد. در مصاحبه مقدماتی که پژوهشگر با زوجین داشت افرادی که گزارش کرده بودند دارای ویژگی‌های تحصیلات حداقل دیپلم، تمکین مالی، امکان ایاب و ذهاب و متعهد به حضور مرتب، زندگی مستقل(هسته‌ای بیرون از خانواده اصلی) هستند به عنوان نمونه انتخاب شدند و ۱۰ زوج که مشکلات اعتیاد، مصرف داروهای روانپزشکی، بیماری مزمن یا معلولیت و یا حضور همزمان در سایر برنامه-های روانشناسی، روانپزشکی یا مددکاری داشتند خارج شدند. سپس ۳۰ (زوج براساس فرمول کوکران) انتخاب شدند، لازم به ذکر است که مقادیر واریانس از طریق مطالعه مقدماتی اولیه براورد شد. نمونه انتخاب شده در سه گروه (۱۰ زوج در هر گروه) جایگزین شدند، شامل گروهی که درمان فراشناختی دریافت کرد، گروه دوم درمان مبتنی بر خود نظم بخشی و گروه کنترل که هیچ گونه درمان یا آموزشی دریافت نکردند. از هر دو گروه آزمایش و گروه کنترل پیش آزمون به عمل آمد. پس از آن، درمان فراشناختی و زوج درمانی مبتنی بر خود نظم بخشی هر کدام به مدت ۸ جلسه به صورت هر هفته یک جلسه برای گروه‌های آزمایش به اجرا درامد و گروه کنترل هیچ برنامه‌ای دریافت نکرد. جلسات گروه‌های آزمایش در کلاس‌هایی با نور و تهویه مناسب و امکانات رفاهی خوب برگزار شد و زوجین آزادانه درکنار همدیگر یا دور از همدیگر در دو ردیف مستقر شدند. جلسات توسط محقق و به کمک و راهنمایی اساتید دانشگاه به صورت تخصصی برگزار گردید. پس از پایان این مدت برای مقایسه اثر این مداخله‌ها از سه گروه پس آزمون گرفته شد و نتایج پیش آزمون و پس آزمون در هر سه گروه‌ها با یکدیگر مقایسه شد. به منظور رعایت اخلاق پژوهشی،

زوج‌های گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند تا پس از پایان تحقیق، جلسات زوج درمانی نیز در مورد آن‌ها اعمال گردد. سپس در مرحله پیگیری پس از گذشت یک ماه زوجین پرسشنامه‌های مذکور را تکمیل نمودند.

ابزارها

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای[1] لازاروس و فولکمن (CSQ): این آزمون در سال ۱۹۸۸ توسط لازاروس و فولکمن (Lazarus & Folkman) ساخته شد. این پرسشنامه ۶۶ سوال دارد که در مقیاس ۴ گزینه‌ای (از ۱ تا ۴) نمره گذاری می‌شود و دو راهبرد مقابله‌ای مسأله مدار و هیجان مدار را اندازه می‌گیرد.

۱. **رویارویی**: این روش مجموعه رفتارهای تهاجمی است که افراد جهت حل مشکل به کار می‌برند و متضمن درجاتی از ابراز خصومت و به کار بردن ریسک در عملکردهاست.
۲. **دوری گزینی یا فاصله گیری**: مجموعه رفتارهای شناختی را ذکر می‌کند که فرد یا گروه را برای دوری از منبع ایجاد کننده مشکل و یا اجتناب از این منبع در جهت کاهش اهمیت آن به کار می‌برند.
۳. **خود کنترلی**: این روش مجموعه عکس العمل‌هایی است که واکنش‌های احساساتی افراد را به هنگام برخورد با منبع ایجاد کننده مشکل و ممانعت از ابراز این عکس العمل‌ها توسط افراد در بر می‌گیرد.
۴. **جستجوی حمایت اجتماعی**: تلاش‌های فرد برای کسب حمایت‌های اطلاعاتی و حمایت‌های ملموس و حمایت‌های عاطفی را بازگو می‌نماید.
۵. **مسئولیت پذیری**: این روش شامل مجموعه واکنش‌هایی است که پذیرش نقش فرد در ایجاد مشکل را از طریق تلاش‌های مداوم او در اصلاح موقعیت موجود را نشان می‌دهد.
۶. **فرار – اجتناب**: این روش افکار آرزومندانه یا کوشش‌های رفتاری در جهت فرار یا اجتناب از موقعیت مشکل زا را توصیف می‌کند و شامل گریز از واقعیت است.
۷. **مسأله گشایی برنامه ریزی شده**: مجموعه افکار و کوشش‌های سنجیده و متمرکز برخورد با مشکل توام با بکارگیری رویکردهای تحلیل گرایان برای مشکل گشایی می‌باشد.
۸. **ارزیابی مجدد مثبت**: مجموعه تلاش‌هایی است که در جهت ایجاد مفاهیم مثبت با توجه به درجه تکامل فردی اطلاق می‌گردد، این روش ممکن است ابعاد مذهبی را شامل شود.

این الگوهای هشت گانه به دو دسته روش‌های مسأله محور (جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت پذیری، مسأله گشایی برنامه ریزی شده، ارزیابی مجدد مثبت) و هیجان محور (رویارویی، دوری گزینی،

1 .Coping strategies questionnaire

فرار –اجتناب، خویشتنداری) تقسیم شده است (Esmaili, 2009).

پایایی این آزمون در تحقیقی با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۷۹/. به دست آمده است (Lazarus, 1993). در تحقیق علیپور و همکاران (Alipour, Hashemi, Babapour & Tousi, 2010) نیز پایایی این آزمون برابر با ۸۵/. به دست آمده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش سبقتی و امامی پور (Sebghati & Emamipur, 2015) برابر با ۰/۸۰ به دست آمد که نشانگر همسانی درونی بسیار خوب پرسشنامه است. همچنین روایی سازه این مقیاس در پژوهش ندائی، پاغوش و صادقی هسنیجه (Nedaei, Paghoosh & Sadeghi-Hosnijeh, 2017) با استفاده از روش تحلیل عامل محاسبه شد که نتایج تحلیل عاملی به روش اصلی با چرخش متعامد از نوع واریماکس، وجود دو عامل راهبرد مسأله مدار و هیجان مدار در گویه ها را نشان داد.

پرسشنامه خودکنترلی[1]: پرسشنامه خود کنترلی فرم کوتاه در سال ۲۰۰۴ توسط تانجی، باومیستر و بون (Tangney, Baumeister & Boone, 2004) به منظور ارزیابی میزان خودکنترلی افراد به عنوان یک صفت ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۱۳سوال است و یک نمره کلی به دست می‌دهد. این آزمون در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای تهیه شده است. تانجی، باومیستر و بون (Tangney, Baumeister & Boone, 2004) به منظور هنجاریابی مقیاس خودکنترلی، فرم کوتاه شده آنرا روی دو نمونه مجزا اجرا کردند که ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در دو گروه ۰/۸۳ و ۰/۸۵ به دست آمد. نمره بالا در این پرسشنامه نشان دهنده خود کنترلی بهتر فرد می‌باشد.

این پرسشنامه دو خرده مقیاس شامل خودکنترلی اولیه و خودکنترلی منع کننده دارد که خرده مقیاس خودکنترلی اولیه نسبت به دیگر خرده مقیاس پیش بینی کننده بهتر رفتارهای مطلوب است و همچنین خود کنترلی منع کننده جلوگیری از رفتارهای ناخوشایند را پیش بینی می‌کند (Raider & etal, 2011). ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش چشمه سنگی، کرد تمینی و کهرازیی (Cheshme- Sangi, Kord - Tamini & Kahrazi, 2016) برابر با ۰/۷۹ به دست آمد که نشانگر همسانی درونی بسیار خوب پرسشنامه است. همچنین روایی محتوایی این پرسشنامه توسط کارشناسان مورد تأیید قرار گرفت (Cheshme- Sangi, Kord - Tamini & Kahrazi, 2016).

1. Self-Control Questionnaire

مداخله

درمان فراشناخت بر اساس رویکر ولز (Wells, 2000) در قالب ۸ جلسه هفتگی و هر جلسه به مدت یک ساعت به اجرا درآمد.

جدول ۱. طرح مداخله

جلسه	اهداف و مداخلات درمانی
اول	تدوین فرمول بندی موردی، معرفی مدل و آماده سازی، اجرای آزمایشی فرونشانی فکر، شروع چالش با باورهای کنترل ناپذیری، تمرین تکنیک آموزش توجه.
دوم	معرفی و تمرین ذهن آگاهی گسلیده، ادامه آماده سازی و اسناد کلامی و رفتاری کنترل ناپذیری.
سوم	شناسایی برانگیزانندهها و به کار گیری ذهن آگاهی گسلیده، چالش با فراشناختهای مربوط به کنترل ناپذیری، اجرای آزمایش از دست دادن کنترل، بررسی سطح فعالیت و مقابلههای اجتنابی.
چهارم	ادامه چالش با باور کنترل ناپذیری، شروع چالش با باورهای مربوط به خطر، تلاش برای از دست دادن کنترل یا صدمه زدن به خود از طریق آزمایش نگرانی.
پنجم	وارسی کاربرد گسترده و پایدار ذهن آگاهی گسلیده، ادامه چالش با باورهای مربوط به خطر، بررسی سطح فعالیت و ارائه توصیههایی برای بهبود آن، تمرین تکنیک آموزش توجه.
ششم	بررسی و چالش با باورهای منفی، تأکید بر معکوس کردن هرگونه راهبردهای غیر منطقی باقی مانده.
هفتم	کار بر روی تدوین برنامههای جدید، شروع چالش با باورهای مثبت.
هشتم	کار بر روی باورهای شناختی باقی مانده، پیش بینی برانگیزانندههای آتی و بحث درباره نحوه استفاده از برنامههای جدید، برنامه ریزی جلسههای تقویتی.

رویکرد زوج درمانی مبتنی بر خود نظم بخشی بر اساس رویکرد هالفورد (Halford, 2001) در قالب ۸ جلسه درمان هفتگی و هر جلسه یک ساعت به اجرا درامد.

جدول ۲. طرح مداخله

جلسه	اهداف و مداخلات درمانی
اول	برقراری ارتباط اولیه با زوجین، شناسایی عوامل تهدید کننده رابطه زناشویی، ایجاد انتظارات درمانی واقع بینانه، متعهد کردن زوجین برای درگیر شدن با مسئله.
دوم	تهیه فهرستی از نقاط قوت و ضعف رابطه زناشویی و عوامل موثر بر آن‌ها، ارزیابی امکان عملی بودن زوج درمانی، ایجاد درک مشترک از مشکلات موجود در رابطه برای تسهیل تغییر، پیداکردن زمینه-های مشترک و مثبت بین زوجین.
سوم	بررسی نگرانی‌های عمده و ایجاد زمینه‌های مشترک از طریق بیان مجدد اظهارات و تأکید بر قالب-بندی جدید نگرانی‌ها، تأکید بر توجه کردن بر جنبه‌های مثبت رابطه، قالب‌بندی مجدد برای همدلی با همسر، تغییر اسناد زوجین.
چهارم	بازخورد و هدف گذاری معطوف به خود، بحث در مورد مدل‌های کارامد رابطه، شناسایی اهداف مشترک زوجین، مشخص کردن اهداف و آغاز فرایند خود تغییری.
پنجم	ارزیابی صلاحیت‌های مورد نیاز برای خودتغییری، ارزیابی زوجین از تأثیر خودتغییری بر رابطه‌شان، شناسایی نقش موقعیت‌های پرخطر در روابط زناشویی، مشخص نمودن نحوه برخورد با این شرایط و نحوه کنترل خود.
ششم	رشد مهارت‌های خود نظم بخشی، بالابردن توانایی زوجین برای ارزیابی ارتباط فعلی و تنظیم اهداف خود تغییری.
هفتم	آموزش تمرینات ساختاریافته و مهارت‌های ارتباطی، گفتگوی موثر زوجین برارزشیابی نتایج خود تغییری، تلاش جهت تعمیم و حفظ این نتایج.
هشتم	ارزشیابی نتایج خود تغییری، تلاش جهت تعمیم و حفظ این نتایج (پیگیری)

یافته‌ها

ابتدا خلاصه‌ای از آمار توصیفی افراد نمونه شرکت کننده در پژوهش به قرار زیر است:

تعداد افراد نمونه در این پژوهش ۶۰ نفر می‌باشند که شامل ۳۰ زوج (۳۰ نفر مرد و ۳۰ نفر زن) بوده که میانگین سن آنها ۳۰/۲۶ سال می‌باشد. میانگین تعداد فرزند آنها نیز ۱/۳۶بوده است. مسن‌ترین فرد در این پژوهش ۳۹ سال و جوانترین فرد ۲۱ سال داشته‌اند. همچنین اکثر زوج ها بچه دار بوده‌اند و بیشترین تعداد فرزند در این خانواده ها ۳ فرزند بوده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد و واریانس متغیرهای پژوهش

مراحل	پیش آزمون خودکنترلی	پس آزمون خودکنترلی	پیگیری خودکنترلی	پیش آزمون راهبرد مقابله‌ای	پس آزمون راهبرد مقابله‌ای	پیگیری راهبرد مقابله‌ای
میانگین	۱۷/۰۳	۲۳/۲۰	۲۱/۲۵	۴۸/۹۸	۶۲/۲۳	۵۸/۱۸
انحراف استاندارد	۲/۰۵	۵/۵۲	۴/۲۹	۵/۳۲	۱۳/۲۲	۱۰/۵۶
واریانس	۴/۲۳	۳۰/۵۰	۱۸/۴۶	۲۸/۳۹	۱۷۵/۰۲	۱۱۱/۶۴

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که میانگین متغیرهای خودکنترلی و راهبردهای مقابله‌ای در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون افزایش پیدا کرده است. همچنین مقدار میانگین‌ها در هر دو متغیر در مرحله پیگیری نسبت به پس آزمون کاهش نامحسوسی داشته است.

یافته های استنباطی

باتوجه به اینکه طرح پژوهش حاضراز نوع پیش آزمون– پس آزمون و پیگیری باگروه کنترل می-باشد، درصورت رعایت شدن پیش فرض‌های آزمون آماری تحلیل کوواریانس این آزمون بهترین روش تجزیه و تحلیل می‌باشد. به همین منظور برای پاسخگویی به این سوال از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده کرده‌ایم. استفاده ازاین آزمون مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است، این پیش فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب‌های رگرسیون، وجود رابطه خطی بین متغیر همراه و متغیر وابسته و همگنی ماتریس کوواریانس‌ها می‌باشد، که تمام پیش فرض‌ها در این پژوهش رعایت شده است. یکی از پیش فرض‌ها نرمال بودن توزیع نمرات است. هدف از بررسی پیش فرض نرمال بودن آن است که نرمال بودن توزیع نمرات همسان با جامعه را مورد بررسی قرار دهد.

این پیش فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. برای بررسی این پیش فرض از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج حاصل از بررسی این پیش فرض در مورد نمرات متغیرهای پژوهش(یک گروه آزمایش) در جدول۲ آمده است. در این جدول دو خرده مقیاس اصلی راهبردهای مقابله‌ای یعنی راهبردهای مساله محور و هیجان محور و دو خرده مقیاس خودکنترلی یعنی خودکنترلی اولیه و منع کننده مورد بررسی قرار می‌گیرند.

جدول ۴: نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن نمرات متغیرهای پژوهش

متغیر		گروه آزمایش		گروه کنترل	
		مقدار Z	سطح معناداری	مقدار Z	سطح معناداری
مساله محور	پیش آزمون	۰/۶۶	۰/۷۶	۱/۱۲	۰/۸۳
	پس آزمون	۰/۶۵	۰/۷۴	۰/۶۵	۰/۷۸
هیجان محور	پیش آزمون	۱/۲۴	۰/۰۸	۰/۶۱	۰/۸۳
	پس آزمون	۱/۰۲	۰/۷۶	۰/۶۵	۰/۷۸
خودکنترلی اولیه	پیش آزمون	۱/۱۰	۰/۱۷	۰/۴۷	۰/۹۷
	پس آزمون	۱/۱۶	۰/۸۳	۰/۶۳	۰/۸۱
خودکنترلی منع کننده	پیش آزمون	۰/۶۵	۰/۷۸	۰/۴۷	۰/۹۸
	پس آزمون	۰/۸۴	۰/۹۸	۰/۵۸	۰/۸۸
مقیاس کلی راهبرد مقابله ای	پیش آزمون	۰/۶۲	۰/۸۳	۰/۶۰	۰/۸۵
	پس آزمون	۰/۸۷	۰/۴۲	۰/۵۹	۰/۸۱
مقیاس کلی خودکنترلی	پیش آزمون	۱/۵۲	۰/۰۶	۰/۶۰	۰/۸۴
	پس آزمون	۰/۸۷	۰/۴۲	۰/۶۳	۰/۸۱

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، از آنجایی که مقادیر آزمون کولموگروف –اسمیرنوف برای خرده مقیاس‌های مساله محور و هیجان محور و مقیاس کلی راهبردهای مقابله‌ای و همچنین خرده مقیاس‌های خودکنترلی اولیه و منع کننده و مقیاس کلی خودکنترلی در هیچ یک از مراحل پیش آزمون و پس آزمون در گروه‌های آزمایشی و کنترل معنادار نمی‌باشند ($P> ۰/۰۵$) لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در این متغیرها نرمال می‌باشد.

این آزمون فقط برای یک گروه آزمایش و گروه کنترل انجام گرفت و برای سایر گروه‌های آزمایشی و تمام مراحل پیگیری نیز متغیرها نرمال می باشند.

پیش فرض بعدی که بررسی می‌شود همگنی واریانس‌ها است که یکی از مهمترین پیش فرض برای تحلیل کواریانس می‌باشد. هدف از بررسی پیش فرض برابری واریانس‌ها، مساوی بودن واریانس‌های گروه-هاست. بدین منظور از آزمون لون استفاده شده است.

نتایج این آزمون برای متغیرهای پژوهش در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون لون: همگنی واریانس ها

متغیر		آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
مساله محور	پیش آزمون	۱/۷۱	۲	۵۷	۰/۱۷۷
	پس آزمون	۰/۳۵۸	۲	۵۷	۰/۷۸۳
هیجان محور	پیش آزمون	۱/۲۱	۲	۵۷	۰/۳۱۳
	پس آزمون	۱/۱۱	۲	۵۷	۰/۳۲۰
خودکنترلی اولیه	پیش آزمون	۰/۷۰۸	۲	۵۷	۰/۵۵۲
	پس آزمون	۰/۳۵۷	۲	۵۷	۰/۷۸۴
خودکنترلی منع کننده	پیش آزمون	۰/۷۸۱	۲	۵۷	۰/۵۱۰
	پس آزمون	۰/۸۷۴	۲	۵۷	۰/۴۶۱
مقیاس کلی راهبردهای مقابله‌ای	پیش آزمون	۰/۵۴۱	۲	۵۷	۰/۶۵۷
	پس آزمون	۲/۰۳	۲	۵۷	۰/۱۲۲
مقیاس کلی خودکنترلی	پیش آزمون	۰/۵۳۰	۲	۵۷	۰/۶۶۴
	پس آزمون	۰/۵۶۴	۲	۵۷	۰/۶۴۲

همان طور که در جدول ۵ مشاهده می‌گردد، مقادیر آماره F که نشان دهنده مقدار آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل می‌باشد، در هیچ یک از مراحل پیش آزمون و پس آزمون معنادار نمی‌باشد (P> ۰/۰۵). با توجه به این نتیجه پیش فرض برابری واریانس‌ها دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش تأیید می‌شود. با توجه به اینکه مهمترین پیش فرض‌های استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس رعایت شده است، نتایج این آزمون در جدول ۶، ۷ و ۸ ارایه گردیده است.

جدول ۶: خلاصه نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون با کنترل پیش آزمون‌ها

آزمون	ارزش	آماره F	سطح معنی داری	اندازه اثر
اثر پیلایی	۱/۲۳	۴۴/۶۰	۰/۰۰۰	۰/۶۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۵	۹۰/۶۹	۰/۰۰۰	۰/۷۷
اثر هالتینگ	۱۲/۴۹	۱۶۵/۵۳	۰/۰۰۰	۰/۸۶
بزرگترین ریشه وی	۱۲/۰۳	۳/۳۱	۰/۰۰۰	۰/۹۲

جدول ۷: نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی معناداری تفاوت میانگین ها درمتغیرکلی راهبردهای مقابله‌ای (پس آزمون)

منبع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	ضریب نسبی ایتا	توان اماری
پیش آزمون	۱	۶۹۸/۸۶	۴۸/۹۹	۰/۰۰۰	۰/۴۶	۱/۰۰۰
گروه	۲	۳۶۵۲/۹۱	۲۵۶/۰۷	۰/۰۰۰	۰/۹۰	۱/۰۰۰
خطا	۵۶	۱۴/۲۶				
کل	۶۰					

جدول ۸: نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی معناداری تفاوت میانگین‌ها درمتغیرکلی خودکنترلی (پس آزمون)

منبع تغییرات	درجه ازادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	ضریب ایتا	توان آماری
پیش آزمون	۱	۹۴/۸۲	۱۹/۴۸	۰/۰۰۰	۰/۲۵	۰/۹۹۹
گروه	۲	۶۹۶/۱۲	۱۴۳/۰۶	۰/۰۰۰	۰/۸۳	۱/۰۰۰
خطا	۴۷	۵/۳۰				
کل	۵۲					

همان‌گونه که در جدول ۷ و ۸ نمایان است با توجه به کنترل اثر پیش آزمون بر پس آزمون تفاوت میان گروه‌ها در پس آزمون از لحاظ آماری معنادار است (Sig.= ۰/۰۰۰) لذا نتایج نمایانگر تفاوت در بین گروه‌ها است. حال باید ببینیم که بین کدام گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. در جدول شماره ۹ و ۱۰ به منظور بررسی این نکته که کدام یک از دو روش بر راهبردهای مقابله‌ای و خودکنترلی تاثیر بیشتری داشته‌اند

و یا به عبارتی آیا تفاوت ناشی از تاثیر دو روش بر راهبرد های مقابله‌ای و خودکنترلی از لحاظ آماری معنادار است از آزمون تعقیبی LSd استفاده گردید.

جدول ۹. آزمون تعقیبی LSD به منظور تعیین تأثیر روش موثرتر بر راهبردهای مقابله‌ای

گروه I	گروه‌های J	تفاوت میانگین های I-J	انحراف استاندارد	سطح معنی داری
فراشناخت	خودنظم بخشی	- ۲/۰۳	۱/۱۹	۰/۰۹۵
	گروه کنترل	۲۲/۹۵	۱/۲۲	۰/۰۰۰
خودنظم بخشی	فراشناخت	۲/۰۳	۱/۱۹	۰/۰۹۵
	گروه کنترل	۲۴/۹۸	۱/۲۱	۰/۰۰۰
گروه کنترل	فراشناخت	-۲۲/۹۵	۱/۲۲	۰/۰۰۰
	خودنظم بخشی	-۲۴/۹۸	۱/۲۱	۰/۰۰۰

همان گونه که از نتایج بدست آمده مشخص است، بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی هم بین دو روش درمانی فراشناخت و خودنظم بخشی تفاوت وجود دارد و با وجود اینکه هر دو روش تاثیر مطلوبی بر راهبرد مقابله‌ای داشته است، اما روش درمان خودنظم بخشی نسبت به روش درمان فراشناخت تاثیر بیشتری بر راهبرد های مقابله‌ای داشته است.

جدول ۱۰. آزمون تعقیبی LSD به منظور تعیین تأثیر روش موثرتر بر خودکنترلی

گروه I	گروه‌های J	تفاوت میانگین های I-J	انحراف استاندارد	سطح معنی داری
فراشناخت	خودنظم بخشی	۳/۱۸	۰/۶۹	۰/۰۰۰
	کنترل	۱۱/۴۴	۰/۶۹	۰/۰۰۰
خودنظم بخشی	فراشناخت	-۳/۱۸	۰/۶۹	۰/۰۰۰
	کنترل	۸/۲۵	۰/۶۹	۰/۰۰۰
گروه کنترل	فراشناخت	-۱۱/۴۴	۰/۶۹	۰/۰۰۰
	خودنظم بخشی	-۸/۲۵	۰/۶۹	۰/۰۰۰

همان گونه که از نتایج بدست آمده مشخص است، بین گروهای آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین دو گروه آزمایش و تاثیر آن برخودکنترلی تفاوت معنی داری وجود دارد. با وجود اینکه هر دو روش تاثیر مطلوبی برخودکنترلی داشته است اما روش درمانی فراشناخت نسبت

به روش خودنظم بخشی تاثیر بیشتری بر متغیر خودکنترلی داشته است.

حال به بررسی نتایج مرحله پیگیری و تداوم تأثیرات درمانی مرحله پس آزمون می‌پردازیم.

جدول ۱۱. خلاصه نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره های پیگیری با کنترل پیش آزمون‌ها

آزمون	ارزش	آماره F	سطح معنی داری	اندازه اثر
اثر پیلایی	۱/۰۸	۳۲/۵۶	۰۰/۰۰	۰/۵۴
لامبدای ویلکز	۰/۰۵	۹۱/۲۸	۰/۰۰۰	۰/۷۷
اثر هالتینگ	۱۵/۵۷	۲۰۶/۳۷	۰/۰۰۰	۰/۸۸
بزرگترین ریشه وی	۱۵/۴۰	۴/۲۳۷	۰/۰۰۰	۰/۹۳

نتایج جدول ۱۱ حاکی از آن است که بین گروه‌های آزمون در مرحله پیگیری و پس آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد. اکنون به سراغ نتایج تحلیل کواریانس مرحله پیگیری در هر دو متغیر راهبرد مقابله‌ای و خودکنترلی می‌رویم.

جدول ۱۲. نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی معناداری تفاوت میانگین ها درمتغیرکلی راهبردهای مقابله‌ای (پیگیری)

منبع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	ضریب ایتا	توان آماری
پیش آزمون	۱	۲۶۵/۲۴	۳۰/۷۴	۰/۰۰۰	۰/۳۵	۱/۰۰۰
گروه	۲	۲۴۸۲/۴۳	۲۸۷/۶۹	۰/۰۰۰	۰/۹۱	۱/۰۰۰
خطا	۵۶	۸/۶۲				
کل	۶۰					

جدول ۱۳.نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی معناداری تفاوت میانگین ها در متغیر خودکنترلی(پیگیری)

منبع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	ضریب ایتا	توان آماری
پیش آزمون	۱	۱۲۱/۰۲	۳۲/۳۶	۰/۰۰۰	۰/۳۶	۱/۰۰۰
گروه	۲	۳۶۳/۴۵	۹۷/۱۸	۰/۰۰۰	۰/۷۷	۱/۰۰۰
خطا	۵۶	۸/۶۲				
کل	۶۰					

نتایج جدول‌های ۱۲ و۱۳ نشان می‌دهد که با کنترل پیش آزمون، بین گروه‌های آزمایشی و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود داشته است و مرحله پیگیری برای هر دو متغیر راهبردهای مقابله‌ای و خودکنترلی اثر بخش بوده است. حال باید ببینیم که بین کدام گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد.

در جدول شماره ۱۴ و ۱۵ به منظور بررسی این نکته که کدام یک از دو روش بر راهبردهای مقابله‌ای و خودکنترلی تاثیر بیشتری داشته‌اند و یا به عبارتی آیا تفاوت ناشی از تاثیر دو روش بر راهبرد های مقابله‌ای و خودکنترلی از لحاظ آماری معنادار است از آزمون تعقیبی LSD استفاده گردید.

جدول ۱۴. آزمون تعقیبی LSD به منظور تعیین تأثیر روش موثرتر بر راهبردهای مقابله‌ای

گروه I	گروه‌های J	تفاوت میانگین‌های I-J	انحراف استاندارد	معنی داری
فراشناخت	خودنظم بخشی	۰/۸۷	۰/۹۳	۰/۳۵۲
	کنترل	۲۰/۲۷	۰/۹۵	۰/۰۰۰
خودنظم بخشی	فراشناخت	- ۰/۸۷	۰/۹۳	۰/۳۵۳
	کنترل	۱۹/۳۹	۰/۹۴	۰/۰۰۰
گروه کنترل	فراشناخت	-۲۰/۲۷	۰/۹۵	۰/۰۰۰
	خودنظم بخشی	-۱۹/۳۹	۰/۹۴	۰/۰۰۰

همان گونه که از نتایج بدست آمده مشخص است، در مرحله پیگیری بین دو روش درمانی فراشناختی و خودنظم بخشی تفاوت معناداری وجود ندارد، اما تفاضل نمرات پس آزمون و پیگیری در راهبردهای مقابله‌ای در درمان فراشناخت نسبت به درمان خودنظم بخشی بیشتر است.

جدول ۱۵. آزمون تعقیبی LSD به منظور تعیین تأثیر روش موثرتر بر خودکنترلی

گروه I	گروه‌های J	تفاوت میانگین های I-J	انحراف استاندارد	معنی داری
فراشناخت	خودنظم بخشی	۲۸/۵۳	۰/۶۱	۰/۰۰۰
	کنترل	۸/۳۲	۰/۶۱	۰/۰۰۰
خودنظم بخشی	فراشناخت	-۲/۵۳	۰/۶۱	۰/۰۰۰
	کنترل	۵/۷۹	۰/۶۱	۰/۰۰۰
گروه کنترل	فراشناخت	-۸/۳۲	۰/۶۱	۰/۰۰۰

	خودنظم بخشی	‎-۵/۷۹	۰/۶۱	۰/۰۰۰

همان گونه که از نتایج بدست آمده مشخص است، در مرحله پیگیری بین دو روش درمانی فراشناخت و خودنظم بخشی تفاوت معناداری وجود ندارد، اما تفاضل نمرات پس آزمون و پیگیری در خودکنترلی در درمان خودنظم بخشی نسبت به درمان فراشناخت بیشتر است.

نتیجه

هدف اصلی پژوهش حاضر پاسخ دادن به این سوال بود که آیا دو روش فراشناخت و روش خودنظم بخشی باعث بهبود روش‌های مقابله‌ای و افزایش خودکنترلی در زوجین می‌شوند یا خیر و نیز اینکه آیا این دو روش مداخله از حیث میزان بهبود با یکدیگر تفاوت معناداری دارند یا خیر. یافته‌های تحقیق نشان داد روش فراشناخت و روش خودنظم بخشی به عنوان روش‌های موثری در مواجهه با موقعیت‌های فشارزای زندگی با کاهش تنش از طریق سازوکارهای تغییر در شناخت و غلبه بر شیوه‌های منفی ارزیابی زوجین از تنیدگی، به میزان قابل توجهی در بهبود روش‌های مقابله و مدیریت تنیدگی و خودکنترلی زوجین اثرگذار می‌باشند.

همچنین نتایج نشان داد اثربخشی دو روش خودنظم بخشی و فراشناخت در میزان بهبود راهبردهای مقابله‌ای و خودکنترلی زوجین، به میزان معناداری متفاوت است و این تفاوت را می‌توان این گونه تبیین کرد که، دو رویکرد درمانی بکار برده شده در این پژوهش از نظر بنیان نظری مشابه بوده و هر روش به عنوان شاخه‌ای جدید از شناخت درمانی به وجود آمده‌اند. لیکن سازوکار اجرائی و فنون بکار برده شده در این رویکردها متفاوت است و هر کدام از این مداخله‌ها از طریق استفاده از راهبردهای متفاوت در پی تغییر بخش خاصی از نظام باور و شناخت زوجین می‌باشند. نتایج حاکی از تأثیر ماندگارتر درمان خودنظم بخشی بر راهبردهای مقابله‌ای در مرحله پیگیری بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت روش خودنظم بخشی بر استفاده زوجین از راهبردهای مقابله‌ای موثر در روابط بین فردی از طریق توانایی برنامه ریزی و بازبینی انعطاف پذیرانه رفتار خویش اثرگذاری بیشتری دارد و این افراد مسئله و مشکل را به عنوان چالش و فرصتی برای بهبود شرایط ارزیابی می‌کنند نه به عنوان تهدیدی برای بهزیستی خود که در مقابل آن احساس درماندگی، عجز و انفعال کنند و از حل آن اجتناب کنند. افراد خودنظم بخش باور دارند مسائل قابل حل است و به توانایی‌های شخصی خود برای حل موفقیت آمیز مسائل اعتماد دارند. آنها در موقعیت‌های تنش زا با استفاده از راهبردهای موثر و سازش یافته مقابله‌ای وضعیت را تعدیل نموده و به کاهش و یا تغییر موقعیت‌های فشارزا و تنظیم پاسخ‌های هیجانی خود در برابر مسئله دست می‌زنند (Cooper, 1989). تأکید

بر خود نظم بخشی صلاحیت‌های سطح بالاتری را افزایش می‌دهد که نه تنها به زوج‌ها امکان می‌دهد تعاملات رایج در مشکلات رابطه را تغییر دهند بلکه همچنین به آنها کمک می کند که خود تغییری ایجاد کنند و به راهبردهای مقابله‌ای مجهز شوند که این مهارت باعث تقویت روابط صمیمیانه زناشویی در آینده می‌شود (Asadpour, Shaghaghi & Mahdinezhad Ghushchi, 2013).

هالفورد و همکاران (Halford & etal, 2001) در پژوهش خود دریافتند که زوج درمانی مبتنی بر خود نظم بخشی در جلوگیری از مشکلات ارتباطی زوجین و کاهش آشفتگی آنها موثر است و این بهبود حداقل برای شش ماه پس از اختتام درمان تداوم داشته و زوجین ثبات خود را در رضایتمندی حفظ کرده‌اند. پژوهش کارگر و همکاران (Karegar, Kimiai & Mashhadi, 2015) نیز نشان داد زوج درمانی مبتنی بر خود نظم بخشی باعث کاهش آزار عاطفی در بین زوجین می‌شود و همچنین این رویکرد آشفتگی زناشویی را به طور معناداری در بین آنها کاهش می‌دهد. تأکید روش خودنظم بخشی بر این است که به زوجین کمک شود در یک رابطه آشفته، توانمندی بیشتری را برای تغییر ساختارهای مشکل ساز رفتاری، شناختی و عاطفی فراگیرند (Halford, 2002).

در تبیین اثربخشی روش فراشناخت در بهبود خودکنترلی زوجین و تأثیر ماندگارتر این درمان بر افزایش خودکنترلی در مرحله پیگیری می‌توان گفت با توجه به اینکه دلیل اصلی آسیب پذیری به اختلال‌ها در روش فراشناختی فعال شدن باورهای غیر منطقی و استفاده از روش‌های ناسازگارانه در برخورد با موقعیت تنش زا است این روش با هدف قرار دادن فرایند نشخوار فکری، ناهماهنگی شناختی ایجاد شده در پاسخ به افکار منفی را کاهش داده و می‌تواند از طریق بالا بردن کنترل افراد و چالش با فراشناخت‌های مربوط به کنترل ناپذیری و استفاده از تکنیک آموزش توجه فرایند نشخوار فکری را قطع نموده، سپس سبک پاسخ دهی فرد را به سمت افکار مثبت و باورهای منطقی سوق دهد (Wells & Celber, 2012). یافته‌های پژوهش غفاری و همکاران (Ghaffari, Mohammadkhani, Pourshahbaz, Dolatshahi & Mohammadi, 2014)، ولز (Wells, 1999)، ولز و کارتر (Wells & Carter, 2009؛ Wells, 2002)، ولزو کلبر (Wells & Celber, 2012) نشان می‌دهد درمان فراشناختی گروهی اثرمعنی داری بر کاهش باورهای فراشناختی مثبت و منفی دارد و باعث بهبود راهبردهای کنترل فکر می‌شود. همچنین با توجه به نتایج پژوهش حاضر دو روش درمانی اثربخشی خود را تا یک ماه بعد حفظ نموده و نتایج پژوهش در مرحله پیگیری موید این امر است.

بنابراین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که روش فراشناخت و روش خودنظم بخشی در بهبود راهبردهای مقابله‌ای و خودکنترلی زوجین موثر است. در واقع این یافته به خوبی به نقش سیستم شناختی و نحوه ارزیابی افراد در پردازش رویدادهای زندگی به صورت مثبت و منفی اشاره می کند و نشان می‌دهد روش‌های

مداخله مبتنی بر تنظیم شناخت و هیجان به نحوه موثری در نحوه تعبیر و ارزیابی و به طبع آن بر باورهای مثبت و منفی زوجین از رویدادها و روابط بین فردی نقش داشته و در تسهیل و بهبود روابط زوجی بسیار یاری رسان می‌باشند.در یک نتیجه گیری نهایی می‌توان چنین اظهار داشت که با توجه به موثر بودن روش فراشناخت و خود نظم بخشی بر چگونگی استفاده زوجین از راهبردهای مقابله‌ای و کنترل رفتار، روانشناسان و مشاوران مراکز خدمات رواندرمانی و مشاوره می‌توانند از این روش‌ها در جهت توانمندسازی زوجین در زمان بروز مشکلات و تعارض در روابط زناشویی استفاده نمایند تا کیفیت روابط زوجین بالاتر رود. از آنجا که هدف پژوهش حاضر علاوه بر تعیین اثربخشی مداخله فراشناخت و خودنظم بخشی، تعیین مناسب‌ترین نوع درمان برای زوجین بود، بررسی وضعیت اجتماعی، اقتصادی، تحصیلی و فرهنگی افراد به منظور مشخص نمودن بهترین گروه هدف برای هر کدام از این مداخله‌های درمانی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود.

سپاسگذاری و قدردانی

بدینوسیله از کلیه افراد شرکت کننده در جلسات این پژوهش به جهت مساعدت و همکاری سپاسگذاری بعمل می‌آید.

References

Alipour, A., Hashemi, T., Babapour, J. & Tousi, F. (2010). The Relationship between coping strategies and happiness among university students. *Journal of Psychology (Tabriz University)*, *5*(18), 72-86. (In Persian).

Asadpour, I., Shaghaghi, S.H. & Mahdinezhad-Ghushchi, R. (2013). Comparing the effectiveness of self- regulation couple therapy & emotionally focused couple therapy on the increasing marital intimacy of couples. *Counseling Research and Development*, *12*(45), 96-113. (In Persian).

Bond, F.W., & Dryden, W. (Eds.). (2005). *Handbook of brief cognitive behavior therapy*. John Wiley & Sons.

Carr, A. (2004). *Positive Psychology: The Science of Happiness and Human Strengths*, 27 Church Road, Hove, East Sussex BN3 2FA.

Charker, J. H. (2003). *Self-regulation and wisdom in relationship satisfaction*. Griffith University.

Cooper, T. (1986). *Problem-solving*. Queensland: Brisbane College of advanced education.

Esmaili, M. (2009). *Compare personality characteristics, attitudes inefficient and coping strategies in patients with essential hypertension and normal people*. MA dissertation in Tabriz University. (In Persian).

Ghaffari, F.H., Mohammadkhani, P., Pourshahbaz, A., Dolatshahi, B. & Mohammadi, F. (2014). The effectiveness of Group Metacognitive Therapy on anxiety thought and improvement thought control strategy in patients with generalized anxiety disorder. *Faculty of Nursing of Midwifery Quarterly*, *23*(80), 66-76. (In Persian).

Ghazanfari, F., Kadampoor, A. (2008). The relationship between mental health and coping strategies in the citizenship of Khoramabad city. *The Quarterly Journal of*

Fundamentals of Mental Health, *10*(37), 47-54. (In Persian).
Halford, W. K. (2001*). Brief couple therapy for couples*. New York: Guilford publications.
Halford, W. K. (2002). Best practice in couple relationship education. *Journal of Marital and Family Therapy*, *29*(3), 385.
Halford, W. K., Osgarby, S., & Kelly, A. (1996). The brief behavioral couple, s therapy: A preliminary evaluation. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, *24*(03), 263-273.
Halford, W. K., Sanders, M. R., & Behrens, B. C. (2001). Can skills training prevent relationship problems in at-risk couples? Four-year effects of a behavioral relationship education program. *Journal of Family Psychology*, *15*(4), 750-761.
Hwang, J. (2006). *A processing model of emotion regulation: Insights from the attachment system.* Doctoral dissertation, College of Arts and Sciences, Georgia State University.
Janbaz-Fereydouni, K., Tabrizi, M. & Navabi Nejad, SH. (2009). The effectiveness of self-regulation brief couple therapy on marital satisfaction of the clients of clinics cultural city of Babolsar, *Journal of Family Research, 4*(15), 213-229. (In Persian).
Karegar, M. Kimiai, A. & Mashhadi, A. (2015). The effectiveness of self-regulation group therapy based on emotional abuse and marital turmoil. Journal *of Family Counseling & Psychotherapy*, *4*(2), 270-296. (In Persian).
Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, *55*(3), 234-247.
Mahbobi, T., Salimi, H. & Hossini, A. (2015). The Effect of Emotional Self- control Training on the Reduction of Verbal Aggression of Payame Noor University Students. *Social Cognition, 2*(8), 124-136. (In Persian).
Mansouri, N. (2014). *The effectiveness of self-regulation couple therapy on marital satisfaction, identity styles, and Family problem-solving.* MA dissertation in The Ferdowsi University of Mashhad. (In Persian).
Nickel, R., Egle, U. T. (2006). Psychological defense styles, childhood adversities, and psychopathology in adulthood. Child Abuse & Neglect. *30*(2), 157-70.
Soudani, M., Dehghan, S. & Mehrabi Zade- Honarmand, M. (2011). Even short-term treatment to evaluate the effectiveness of self-regulation practices and psychological well-being of their marital relationship incompatible. *Counseling Culture*, *1*(3), 43-71. (In Persian).
Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, *72*(2), 271-324.
Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *6*(2), 86-95.
Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. John Wiley & Sons.
Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: The Guilford Press.
Wells, A., & Carter, K. (2002). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior Therapy*, *32*(1), 85-102.
Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognition questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, *42*(4),

385-396.
Wells, A., & Colbear, J. S. (2012). Treating posttraumatic stress disorder with metacognitive therapy: A preliminary controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, *68*(4), 373-381.
Wells, A., & Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual. *Cognitive and Behavioral Practice*, *11*(4), 365-377.
Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behaviour Research and Therapy*, *50*(6), 367-373.
Wilson, K. L., Charker, J., Lizzio, A., Halford, K., & Kimlin, S. (2005). Assessing how much couples work at their relationship: the behavioral self-regulation for effective relationships scale. *Journal of Family Psychology*, *19*(3), 385.